

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE TRANSFUZE KRVE A KREVNÍCH DERIVÁTŮ

**Zdravotnické zařízení:** Revmatologický ústav, Na Slupi 4, Praha 2, 12850

**Pracoviště:**

**Lékař, který provedl poučení:** .....

**Pacient:** .....

*Jméno, příjmení rodné číslo*

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o zdravotním výkonu, který mi má být proveden:

### **Transfuze krve a krevních derivátů**

#### **Účelem tohoto zdravotního výkonu je:**

V případě vážné ztráty krve či poruchy srážlivosti krve můžete potřebovat transfusi plné krve či některých krevních derivátů (plasma, červené krvinky, krevní destičky, některé krevní faktory ap.). Podání transfuze stabilizuje krevní oběh, příp. doplňuje chybějící krevní komponenty. Ke krevní transfuzi existují alternativní přístupy, jako je použití vlastní krve nebo krve vybraných dárců (členů rodiny). Neexistují však praktické náhražky krve a v případě odmítnutí transfuze mohou nastat další vážné komplikace, které mohou vážně ohrozit Váš život. Jde často o život zachraňující úkon.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:** Krevní transfuze je vždy aplikována z originálních balení připravených v transfuzní stanici. Před podáním se provádějí laboratorní stanovení slučitelnosti vaší krve s podávanou transfuzí již v transfuzní stanici, těsně před podáním se tato slučitelnost ještě kontroluje přímo u lůžka. Aplikace se provádí pomocí jednorázových sterilních kanyl a setu.

Byl(a) jsem dále poučen(a), že lékařem doporučený výkon má následující **možné komplikace:**

Existují určitá rizika spojená s transfusí krevních produktů, která zahrnují HIV (AIDS), žloutenku, alergickou reakci, horečku, hemolytickou reakci (rozpad červených krvinek) a ve vzácných případech i smrt. Za určitých akutních okolností, které by mohly ohrozit Váš život (prudká ztráta velkého množství krve), může být použita krev, která pro nedostatek času nemohla být podrobena všem testům.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl(a) a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu **transfuze krve a krevních derivátů**.

Dále prohlašuji, že jsem si vědom(a), že výše uvedený výkon nemusí provádět lékař, který mne až dosud ošetřoval. Souhlasím s tím, aby výkon provádějící lékař, v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroku nutných k záchraně mého života nebo zdraví, postupoval, jak uzná za správné, aby v nezbytném případě byl zároveň proveden i jiný výkon, než je uveden, bude-li to nezbytně nutné ze závažných medicínských důvodů a v zájmu mého zdraví, nebude-li z akutního důvodu možné takový jiný výkon se mnou projednat.

Prohlašuji, že jsem lékaři sdělil(a) veškeré okolnosti týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel(a) jsem nic, co by mohlo negativně ovlivnit výsledek výše uvedeného výkonu.

V.....dne.....

.....  
Vlastnoruční podpis pacienta

.....  
Podpis lékaře, který poučení provedl

Podpis svědků poučení o souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:

Jako svědek prohlašuji, že pacient byl informován o skutečnostech výše zmiňovaných a s výše uvedenými skutečnostmi vyjádřil souhlas tímto způsobem:

Pacient se není schopen podepsat z těchto důvodů:

.....  
jméno, příjmení, funkce, podpis zdravotnického pracovníka